

# がん化学療法用服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日 年 月 日

当院からの情報提供書に対する返信  その他

【注意】 このFAXによる情報提供は**疑義照会ではありません。**

埼玉石心会病院 薬剤部 FAX番号：04-2003-8816

\* 太枠内をご記入下さい。

埼玉石心会病院

担当医 科 先生 御机下

この情報提供を行うことに対して患者または代諾者の同意を得ております。

患者、代諾者の同意は得ておりませんが、治療上必要性があるため報告します。

聞き取り日： 年 月 日

聞き取り方  来局時  電話  その他（ ）

【患者】

ID：  
氏名：  
生年月日：  
性別：

【情報提供元保険薬局】

名称：  
電話番号：  
FAX：  
保険薬剤師氏名： ㊞

【報告内容】

薬剤のアドヒアランスについて

有害事象について

疼痛管理について

処方内容等に関する提案事項について

報告事項、その他

\* 簡潔・明瞭に記載して下さい。

・ 薬剤のアドヒアランスについて（不良の場合は、その理由も記載して下さい。）

・ 有害事象について（CTCAE Ver.5.0を参考にGrade評価して下さい。）

埼玉石心会病院 薬剤部 FAX番号：04-2003-8816

